

# de BUTBLANC en

Bulletin  
du Syndicat  
National  
des Infirmier(e)s  
Conseiller(e)s  
de Santé



N° CPPAP 0708 S 07959 - ISSN 1248 9867

Prix : 0,61 €

Supplément au N° 47



Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé

## Pétition Salaires : Signez et faites signer !

**STOP aux pertes  
de pouvoir d'achat  
OUI aux augmentations salariales**

à signer en ligne  
sur <http://www.salaires.org>

Monsieur le Ministre de la Fonction publique,

Avec les organisations syndicales CGC, CGT, FO, FSU et UNSA :

- Je considère que les augmentations de traitements de l'année 2006 (0,5 pour cent au 1<sup>er</sup> juillet et 1 point uniforme au 1<sup>er</sup> novembre) sont notoirement insuffisantes et entraînent une nouvelle perte de mon pouvoir d'achat.
- Je constate que le contentieux salarial de 2000/2004 n'est absolument pas résorbé.
- Je refuse toute suppression d'emploi.
- Je réclame l'ouverture urgente de véritables négociations pour :
  - le maintien du pouvoir d'achat du point en 2006 ;
  - le rattrapage sur les pertes intervenues depuis 2000 ;
  - l'augmentation des salaires pour 2007 sur la base minimum de l'inflation prévue, soit 1,8 pour cent ;
  - une refonte globale de la grille indiciaire.

*Je signe*

## ÉDITO

Une véritable revalorisation des infirmiers et infirmières est devenue une nécessité dans notre pays. Tous les éléments l'attestent, qu'il s'agisse :

- du manque d'attractivité de la profession pour les jeunes,
- du désintérêt des infirmiers eux-mêmes pour leur profession,
- de la baisse dans la qualité des soins infirmiers qui sont de plus en plus souvent effectués par des personnels certes dévoués mais n'en ayant pas les compétences ni les qualifications,
- de l'élévation du niveau de formation,
- de leurs responsabilités professionnelles pleines et entières y compris jusqu'au pénal...

Eu égard la dispersion des infirmiers et infirmières entre les 3 fonctions publiques, la question récurrente de savoir quelle est la fonction publique qui initiera cette revalorisation est chaque fois posée, mais jamais solutionnée... La solution trouvée à l'hôpital consistant à valoriser la fonction d'encadrement au détriment de la reconnaissance du soin et donc de la reconnaissance de la profession d'infirmière en tant que telle, s'est montrée désastreuse puisque la pénurie d'infirmières et leur fuite vers d'autres fonctions ou vers la cessation de toute activité professionnelle se sont accrues. Il nous faut donc avancer en tenant compte de la spécificité de cette profession dans chacun des secteurs.

Cette question doit donc être abordée au plus vite d'autant qu'une injustice demeure au regard du décalage qui existe en terme de rémunération des infirmier(e)s avec les autres salariés dont les formations sont comparables, les enseignants par exemple.

Les infirmier(e)s attendent des pouvoirs politiques la reconnaissance de leur utilité sociale dans le système de soins, notamment une reconnaissance financière de leurs responsabilités et de leurs compétences. Nous devons nous tourner vers l'avenir, penser à l'attractivité de cette profession et lui faire jouer tout le rôle que la société attend d'elle. L'accès à la catégorie « A type » de la totalité des personnels infirmiers doit être engagée.

Brigitte Le Chevert, Secrétaire Générale

## Sommaire

• Edito et pétition	P. 1
• Vie syndicale	P. 3
• VAE et avenir de la profession	PP. 4 et 5
• Quand la santé se met au libéral	P. 6
• Pénurie de médecins et infirmières	PP. 7 à 9
• Retraites	P. 10
• Se syndiquer	P. 11

*"Si c'est bien pour moi,  
c'est bien pour vous."*

**BAISSE DES TARIFS  
D'ASSURANCE AUTO**

**DE - 4%**

**À - 15%**

Pour une Citroën C4 essence 2L 16V exclusive,  
votre assurance tous risques  
ne vous coûte que 24€ par mois à Strasbourg\*

APPELEZ LE 0820 809 809 (0,12 TTC/mn)  
ou tapez [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr)



1<sup>er</sup> ASSUREUR DES AGENTS DES SERVICES PUBLICS

\* Cotisation mensuelle TTC «Duo Eco» au 01/04/2006. Tarif pour un conducteur fonctionnaire âgé de 40 ans suivant l'usage privé-trajet/travail-administratif avec bonus de 50%, 5% de réduction mutualiste et sans sinistre au cours des 36 derniers mois. Hors garantie conducteur, avec garage, avec franchise. Frais de mensualisation de 2,29 € TTC par mois en sus. Pour un 1<sup>er</sup> contrat à la GMF, le droit d'entrée est de 1,52 € TTC.

La Garantie Mutuelle des Fonctionnaires et employés de l'Etat et des services publics et assimilés. Société d'assurance mutuelle, GMF Assurances - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé. RCS Paris B098 972 901 - APE 640E. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 74 rue de Procy 75857 Paris cedex 17.

## Le travail syndical : une responsabilité à partager

Lors des réunions syndicales ou de stages syndicaux, toujours riches d'échanges qu'ils soient locaux ou nationaux, plusieurs nécessités se sont imposées :

- Mieux se mobiliser autour des valeurs qui nous rassemblent en tant que professionnel(le)s de la santé et syndicalistes,
- Faire respecter notre légitimité professionnelle et syndicale,
- Saisir toutes les opportunités qui se présentent chaque fois que la parole infirmière doit s'exprimer et se faire entendre es qualité, le constat étant que la réglementation ne suffit pas à faire évoluer les mentalités. Pour beaucoup de personnes le seul modèle de référence concernant la santé reste le modèle médical,
- Exiger une revalorisation et une évolution de carrière en fonction de notre qualification et de notre expertise professionnelle.

Mais si nous voulons être reconnu(e)s il faut nous faire connaître, exprimer notre savoir et le dépasser, faire partager nos valeurs et nos capacités, non seulement à gérer mais à innover dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse du soin, de la prévention ou de l'éducation.

Syndicat majoritaire à l'Education Nationale, le SNICS a la responsabilité de peser également sur les choix qui concernent la profession. Celles et ceux qui comme les responsables locaux ou nationaux, pensent qu'ensemble nous devons nous donner les moyens d'être là où il faut pour donner notre avis et le faire prendre en compte, doivent aider le SNICS car trop d'enjeux sont à la clé. C'est pourquoi toute participation ponctuelle voire un engagement régulier aux côtés de vos responsables syndicaux, sont bienvenus.

Si vous êtes intéressé(e)s répondez à ce questionnaire et envoyez-le au SNICS/FSU, 46, avenue d'Ivry - 75013 PARIS Tél. : 01 42 22 44 52 [snics@wanadoo.fr](mailto:snics@wanadoo.fr)

NOM .....	De façon ponctuelle, accepteriez-vous de répondre à diverses invitations ou sollicitations où votre compétence infirmière es qualité est requise ou doit se faire valoir ?	OUI NON
Prénom .....		
Adresse .....		
.....		
Lieu de travail .....	De façon régulière :	
.....	a/ En apportant votre concours au travail syndical des responsables au niveau local ?	OUI NON
	b/ Par l'écriture, pour apporter votre contribution à la réflexion professionnelle et syndicale, sur des thèmes précis.	OUI NON
Je souhaite apporter ma contribution (*)		
De façon ponctuelle	OUI NON	
De façon régulière	OUI NON	(*) barrer la mention inutile

### DROIT DE GREVE

#### Droit de grève et Fonction Publique Hospitalière

Comme tous les fonctionnaires, les fonctionnaires hospitaliers bénéficient du droit de grève. Cependant la jurisprudence « Dehaene », Conseil d'Etat 7 juillet 1950, donne certains pouvoirs aux directeurs d'établissements hospitaliers permettant de restreindre ce droit constitutionnel. Le directeur d'établissement peut, en cas de grève, imposer le maintien d'une certaine activité de service pour satisfaire aux besoins essentiels. En ce sens, il peut imposer à certains agents de maintenir leur service.

Les directeurs ne peuvent cependant assigner **que** les agents indispensables pour assurer les services indispensables. C'est le juge qui exerce un contrôle complet sur les choix en la matière (Conseil d'Etat 1<sup>er</sup> janvier 1970, Hôpital rural de Grandvilliers) à condition bien entendu qu'il soit saisi.

En effet, les mesures prises par le directeur ne peuvent avoir pour but que de préserver la sécurité des personnes ou des locaux ou de maintenir l'ordre public ou encore d'assurer la conduite de services essentiels. Ces mesures ne peuvent en aucun être un moyen d'assurer la continuité du service. Le juge doit vérifier, s'il en est saisi, que seuls sont privés de la possibilité de faire grève les agents indispensables (Conseil d'Etat 19 juin 1963, syndicat national des fonctionnaires et agents de préfectures).

En cas de grève, des retenues sur traitement, strictement proportionnelles à la durée des services non faits, seront opérées. Le mode de calcul est différent d'une fonction publique à l'autre. Dans la Fonction Publique de l'Etat, c'est la règle du 30<sup>e</sup> indivisible par journée ou fraction de journée de grève. Dans les Fonction Publique Hospitalière et Territoriale, ces retenues s'élèvent à 1/60<sup>e</sup> du traitement si la grève n'a pas excédé une heure, 1/50<sup>e</sup> si elle n'a pas excédé la demi journée et 1/30<sup>e</sup> au delà.

Il est à noter que la cour de cassation dans un arrêt du 19 mai 1998, a jugé que l'administration peut recruter des agents non titulaires pour une durée limitée afin de faire face aux difficultés créées par la grève.

## A la recherche de l'unité

La recherche de l'unité syndicale étant l'une de nos orientations majeures, nous avons adressé le courrier ci-dessous à l'ensemble des organisations syndicales d'infirmières et d'étudiants. Espérons qu'elles lui donneront une suite favorable compte tenu de l'état calamiteux des dossiers de la profession tous secteurs confondus. La division ne profite qu'aux décideurs. A suivre...

Brigitte LE CHEVERT  
Secrétaire Générale

Aux syndicats d'infirmiers  
et d'étudiants infirmiers

Cher(e)s camarades, cher(e)s collègues,

La profession va mal, très mal. La crise de recrutement d'infirmières bat son plein, conséquence du désintérêt des jeunes pour la profession et du ras-le-bol des infirmières, conséquence des salaires insuffisants, des mauvaises conditions de travail... En mal de reconnaissance, nos collègues s'épuisent et se désespèrent légitimement. Exceptionnellement consultée sur l'avenir de notre pays en matière de santé, notre profession pourtant deux fois plus nombreuse que celle des médecins elle-même interrogée à chaque instant dans tous les domaines y compris celui des soins, doit être considérée à la hauteur de ses responsabilités.

Pourtant Xavier Bertrand, ministre de la santé, vient de dire le 5 octobre au Sénat lors du débat sur l'ordre infirmier : " *les infirmiers et infirmières occupent une place centrale dans le système de santé de notre pays, à l'hôpital comme en soins à domicile, leur rôle est décisif dans la politique de prévention comme dans les soins palliatifs, il y a nécessité à réfléchir à la valorisation des carrières et des statuts des infirmiers et infirmières, au choc démographique...* ".

De telles paroles ne demandent qu'à être concrétisées mais les promesses n'engagent que ceux qui y croient, c'est bien connu... Ne serait-il donc pas opportun pour notre profession de se faire entendre à cette période du calendrier électoral pour conduire les candidats à la présidentielle à s'engager sur le dossier de la reconnaissance et la revalorisation des infirmiers et infirmières ? Notamment sur la reconnaissance du diplôme d'Etat d'infirmière au niveau L3 ou M1 dans le cadre du dossier de la réforme des professions médicales et du LMD qui se met en place pour tous les diplômes sauf pour le nôtre. De la reconnaissance de notre diplôme découleront revalorisation financière et amélioration des conditions de travail et donc nouveaux arguments en faveur du choix des jeunes pour ce métier!

C'est pourquoi nous vous proposons le principe d'une rencontre pour discuter ensemble de ce dossier voire d'actions unitaires à mettre en place. Dans l'attente de votre réponse, recevez, cher(e)s camarades, nos meilleures salutations syndicales.

Destinataires : CFDT Santé/Sociaux, CFTC fédération santé, SNPI/CGC, CGT fédération santé, CNI, FNI, FO, ONSIL, PROFIL, SNAIMS, SNIES, SNIL, SPIL, SUD, UNSA Santé/Sociaux, FNESI, UNEF.

Bulletin du syndicat national des Infirmier(e)s  
Conseiller(e)s de Santé  
46, avenue d'Ivry, 75013 Paris / Tél. 01 42 22 44 52  
Fax 01 42 22 45 03 [snics@wanadoo.fr](mailto:snics@wanadoo.fr) / Site [www.snics-fsu.org](http://www.snics-fsu.org)  
Directeur publication : Brigitte Le Chevert  
N° CPPAP 0708 S 07959 - ISSN 1248 9867  
Impression : Imprimeries Québecor  
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité - 25 rue Fernand-Delmas, 19100 Brive 05 55 24 14 03 [www.comdhabitude.fr](http://www.comdhabitude.fr)  
Publicité : page 2 GMF - page 8 SPINUP - page 12 MACSF

# La VAE, les études d'infirmière, l'avenir de la prof

**L**e dispositif de validation des acquis de l'expérience tel qu'envisagé par le ministère de la santé, pose la question du remplacement de la formation par l'expérience. S'il faut certes encourager et permettre la possibilité à chacun d'évoluer professionnellement, on ne peut se permettre de faire du bricolage dans la santé en voulant apporter des réponses hâtives face au déficit actuel de professionnels au service de la vie humaine : la garantie de qualité des soins exige une qualification reconnue par des diplômes d'Etat et des décrets professionnels.

Jusqu'à présent, certaines professions parce qu'elles étaient réglementées [comme infirmière et médecin], étaient exclues de ce dispositif. Or, bien qu'il ait été certifié que les professions réglementées ne relèveraient pas de ce nouveau dispositif, il va néanmoins s'appliquer.

## La formation initiale des infirmières

Le fait que la formation des infirmières échappe au ministère de l'éducation nationale puisqu'elle n'est pas assurée par l'enseignement supérieur mais relève du ministère de la santé, conduit à méconnaître cette formation. Concentrée sur une période d'études de 39 mois, la formation d'une durée de 4760 heures dont 2240 heures d'enseignement théorique, ne pourrait tenir sur 4 années universitaires compte tenu de la durée d'une année universitaire (le volume horaire sur trois années d'une licence scientifique est d'environ 2000 heures). L'enseignement ainsi dispensé permet à l'infirmière de devenir un acteur de santé à part entière doté d'un jugement professionnel, dont les actes professionnels ne s'effectuent pas " en aveugle " comme s'il s'agissait d'une exécution mais dans le cadre d'une responsabilité totale et entière. Même lorsqu'elle agit sur prescription médicale, les actes qu'elle effectue une infirmière lui imposent une responsabilité partagée.

## La reconnaissance très récente du diplôme d'état d'infirmière

Bien que le métier d'infirmière soit ancien, la loi reconnaissant cette profession comme une profession de santé à part entière ne date que de 1978 et les premiers décrets d'application à 1981.

Ces décrets sont revus périodiquement en fonction de l'évolution des techniques d'une part, de la formation initiale dispensée pour devenir infirmière d'autre part :

- le décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers date du 16 février 1993 (décret n° 93-221)

- le décret relatif aux actes professionnels infirmiers et à l'exercice de la profession d'infirmière date du 11 février 2002 (décret n° 2002-19).

## La responsabilité professionnelle

La formation et les différents textes ci-dessus visés par le conseil d'état, confèrent à l'infirmier une responsabilité à plusieurs niveaux (civile, professionnelle, pénale) et en font un acteur à part entière dans le système de soins et de prévention. Or cette responsabilité n'a pas été accompagnée de la reconnaissance sociale attendue par la profession maintenue en catégorie B comme si elle n'avait pas évolué et comme si elle ne faisait qu'exécuter. Ce refus de reconnaître les infirmières en catégorie A comme les enseignants par ex, associé à la pénibilité de conditions d'exercice de plus en plus difficiles dans lesquelles leur responsabilité est totalement engagée, a conduit à une désaffection rapide de la profession d'infirmière et à une situation de grave pénurie.

## Face à la pénurie d'infirmières, des solutions bâtarde...

Le malaise infirmier révélé il y a 15 ans par le fort et long mouvement infirmier des années 90, a donné lieu à un certain nombre de décisions dont un accès à la formation infirmière facilité pour des agents par des quotas imposés dans les instituts de formation en soins infirmiers. Bien que ces quotas aient permis de déceler les difficultés rencontrées par ces personnels pour suivre la formation initiale notamment les enseignements théoriques dispensés, les gouvernements successifs ont persisté dans cette voie. Par ailleurs, plutôt que d'accéder aux demandes de reconnaissance sociale des infirmières, ils ont préféré faire appel aux infirmières espagnoles, aux infirmières déjà parties à la retraite, aux demandeurs d'emplois... Bien que ces mesures aient été louables, elles sont restées sans succès pour résorber la pénurie d'infirmières. Il ne faudrait donc pas que la VAE constitue une énième mauvaise solution car on assisterait dans ce cas non seulement à une

déqualification de la profession infirmière mais également à une baisse de la qualité des soins infirmiers.

## Une VAE positive en matière de qualité des soins

Vouloir devenir infirmière, avoir exercé dans un hôpital ou avoir vu une infirmière travailler, ne peuvent justifier d'être exempté de l'enseignement de cette formation. La finalité des soins infirmiers nécessite une capacité d'analyse et d'anticipation de décision importante. L'acquisition théorique de savoirs concernant différentes sciences humaines ainsi que la médecine, permet à l'infirmière une approche holistique de la personne qui l'autorise à exercer son jugement dans l'analyse des situations vécues et lui donne la responsabilité de mettre en oeuvre une démarche intellectuelle débouchant sur l'action de soigner. Les actes infirmiers codifiés engageant responsabilité pénale et éthique professionnelle, en sont la preuve.

## Une analyse approfondie des contenus

S'il ne s'agissait que de reproduire des gestes techniques, l'accès aux études d'infirmière par la voie professionnelle ne se solderait pas par tant d'échecs. Une analyse des différents modules nécessaires à l'acquisition du diplôme d'état d'infirmière est donc indispensable, de même qu'une analyse des acquis des autres étudiants ou professionnels souhaitant valider leurs acquis (licence en biologie, aide-soignant, ...). Une partie des modules pratiques de première année d'infirmière par exemple pourrait certainement être validée par les aides soignants qui seraient ainsi dispensés d'une partie des stages.

Une fois cette voie ouverte, il faudra se pencher de la même manière, sur l'accès par la VAE à d'autres professions de santé dont celle de médecin pour différents professionnels de santé : dans ce cadre, il sera nécessaire de trouver quelle validation des années d'études et quelle expérience seront requises.

## Quels objectifs à terme ?

*Réforme des études de santé, formation à l'université, validation universitaire de l'ensemble du cursus, intégration des diplômes dans le système LMD*

La décentralisation vers les Régions de l'organisation de la formation d'infirmière dont le diplôme et les programmes demeurent nationaux, doit tout mettre en oeuvre pour :

1. intégrer la formation infirmière au système LMD ;
2. reconnaître le véritable niveau de formation de cette profession au niveau L (Licence), voire M1 (1<sup>re</sup> année de Master) ;
3. prendre en compte la réflexion en cours depuis des années autour d'une 1<sup>ère</sup> année de formation pour l'ensemble des professions de santé dont l'intérêt serait de permettre des passerelles entre les professions concernées. Cette réforme des études des professions de santé nécessite un pilotage du ministère de l'Education nationale notamment pour la certification des diplômes.

## Reconnaissance de la recherche en soins infirmiers

En tant que professionnels de la santé, toutes les infirmières devraient pouvoir s'exprimer sur l'avenir de leur profession, sur leur formation, sur la valeur du DE actuellement homologué à Bac + 2 et qui devrait être homologué à M1, sur leur



carrière, leurs conditions de travail, leurs salaires... Elles devraient aussi se faire entendre concernant la place qu'elles occupent dans le système de santé quel que soit leur champ d'activité. Parce qu'elle est en contact permanent avec la population, cette profession, quel que soit son secteur d'activité, a été conduite à s'adapter à l'évolution des nouveaux besoins et attentes de santé et à adapter de nouvelles prises en charge. Cette évolution et cette adaptation passent nécessairement par une réflexion de fond sur les pratiques professionnelles et une reconnaissance de la recherche en soins infirmiers. Cependant, des difficultés subsistent dans la profession pour exprimer ces besoins et ces attentes professionnelles. Les revendications des infirmières sont le plus souvent fondées dans des revendications multi-professionnelles ou multicatégorielles entraînant les gouvernements à n'accorder que quelques avancées catégorielles, évitant ainsi le vrai débat de fond qui tient à la reconnaissance sociale de la profession tout entière par la reconnaissance de son expertise et de ses compétences dans le domaine de la santé.

## Les demandes des étudiants infirmiers

Les étudiants infirmiers revendiquent depuis des années un réel statut d'étudiant aligné sur celui de l'enseignement supérieur, des droits sociaux équivalents à ceux des étudiants des autres filières mais aussi la reconnaissance d'un niveau d'études à bac + 3 voire + 4 (L ou M1).

Ceci est la conséquence de la tutelle exercée par le ministère de la Santé sur les études des étudiants en soins infirmiers qui ne bénéficient pas des mêmes bourses que les autres étudiants (bourses allouées selon une enveloppe prédéfinie et distribuée par les DDASS). Obligés d'être salariés pour vivre, les étudiants infirmiers sont contraints d'effectuer des gardes le week-end pour financer leurs études. Cette gestion différente des bourses est source d'iniquité de traitement par rapport aux étudiants de l'enseignement supérieur.

*Isabelle Duponteil*



## Défendre un haut niveau de formation

Les études d'accès au diplôme infirmier se concentrent sur une période de 39 semaines dont 2 240 heures d'enseignement théorique obligatoire pour un total de 4 760 heures. Dans les cursus universitaires, aux heures d'enseignement correspond du temps de travail personnel suffisamment conséquent pour permettre aux étudiants d'apprendre, de se documenter, d'approfondir, de produire des écrits sur les disciplines enseignées et donc de « digérer » l'enseignement suivi. Ce temps si précieux, accordé aux étudiants, a été jugé indispensable pour qu'un jour ce savoir soit réutilisé à bon escient. Pour les étudiants infirmiers, entre les heures de cours et les temps de stage, le temps réservé au travail personnel est réduit à la portion congrue. L'assimilation des connaissances laisse plus une impression de gavage... Aussi, la tentation est forte de se dire « *avons-nous besoin de tout cela ?* » au moment où l'étudiant n'est pas forcément en mesure de se représenter l'importance de ce savoir théorique pour mettre en œuvre un soin infirmier de qualité et le faire évoluer en fonction des besoins par la recherche infirmière. Les conditions actuelles des études ne sont pas satisfaisantes, non parce qu'il y a trop de contenu mais parce que le temps d'études est vraiment insuffisant. Nous pensons que ce même contenu devrait pouvoir se répartir sur au moins 4 ans, voire 5 ans si l'on veut approfondir les savoirs en sciences humaines (nettement insuffisants) et produire à l'issue de la formation un vrai mémoire qui serait un premier travail de recherche en soins infirmiers (au moins 60 pages).

Une réforme des études qui mettrait en adéquation l'enseignement théorique et le temps de travail personnel nécessaire, réévaluerait automatiquement le niveau de la formation tout en améliorant la qualité des soins. C'est pourquoi, notre revendication de la reconnaissance du diplôme d'état au **Master 1** est plus que cohérente, c'est devenu une nécessité.

### Quelle filière d'enseignement en amont de la formation ?

Il faudrait reconnaître la nécessité d'un baccalauréat général. Bien des IFSI privilégient sans le clamer la filière S. Si l'on examine les rapports successifs de la DRESS 2000 et 2004 (\*), on constate que les filières S et SMS sont à égalité, les filières majoritairement de recrutement dans les IFSI :

- la filière SMS parce qu'elle reste une voie d'orientation imposée par l'Education nationale ;
- la filière S parce qu'elle est pour les IFSI la filière de choix.

Nous ne pensons pas au SNICS qu'il faille baisser le niveau des exigences au prétexte que tout le monde ne peut pas suivre, mais trouver plutôt, des dispositifs de formations complémentaires pour ceux ou celles qui rencontrent des difficultés au cours de la formation. Il y a de l'évolution de la qualité des soins !

(\*) DRESS Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques « la formation aux professions de la santé ».

*B. G.*

## Groupes de travail au ministère de la santé

Le ministère de la santé a lancé au printemps dernier une réflexion sur la manière de devenir infirmière par la « validation des acquis de l'expérience ». Un groupe de travail a été mis en place avec un groupe restreint responsable de l'écriture de textes (dont le SNICS fait partie) et un groupe élargi.

### En cette fin d'année, où en est-on ?

Sous la direction du ministère, représentants des organisations syndicales, des associations professionnelles, des employeurs, des instituts/écoles de formation mais également du corps médical, participent aux travaux.

Jusqu'ici le travail en groupe s'est concentré sur le référentiel d'activités où chacun a été sollicité pour faire des propositions afin de définir l'ensemble des activités ou groupement d'activités qui définissent la profession. Le SNICS pour sa part, a proposé de faire mentionner toutes les activités qui caractérisent le domaine de l'éducation à la santé et la prévention dans leur dimension individuelle et collective. En effet, tout ce qui pourra être retenu dans le référentiel d'activités servira à définir les compétences qui seront décrites dans le référentiel de compétences. Nous devons également faire des propositions de référentiel de compétences dans le domaine de l'éducation. Ces réunions de travail qui auront lieu tout au long de 2007 devraient aboutir à la mise en route du dispositif vae début 2008.

Plusieurs problèmes se posent :

- La prise en compte de l'ensemble des savoirs, savoirs être et savoirs faire. En effet, ce nouveau découpage rend plus difficile la mise en évidence des savoirs fondamentaux (sciences humaines et médicales) mobilisés dans le soin infirmier dans sa globalité.
- Par conséquent, des questions se posent sur les conséquences de ce dispositif sur l'évolution des contenus d'enseignement et de formation pour accéder au diplôme, d'autant que les travaux sur le LMD sont en souffrance.
- En l'absence de réflexion sur les équivalences en diplôme universitaire pour le DE infirmier, les travaux sur la vae pourront-ils être un levier ou seront-ils un obstacle pour faire reconnaître dans le Répertoire National de Certifications le niveau master indispensable à la reconnaissance de l'exercice de la profession ? Aujourd'hui, seul le niveau I (diplômes d'ingénieurs) bénéficie dans ce répertoire d'équivalence en grade universitaire. Pour exemple, les licences professionnelles répertoriées au niveau II, ne bénéficient d'aucune équivalence...

*Béatrice Gaultier  
représentante du SNICS  
au groupe de travail VAE*



## SALAIRES ET PENSIONS Et si on augmentait ?

Personne ne conteste sérieusement le fait que redonner du pouvoir d'achat aux salariés est une des clés de la relance économique. Comment y parvenir ? En baissant les impôts directs comme s'obstine à le faire le gouvernement ? Le remède est socialement injuste et bénéficie d'abord à ceux qui sont déjà favorisés. Ou faut-il augmenter les salaires ? Dans ce livre, les auteurs défendent résolument cette deuxième thèse. Ils réfutent l'idée qu'il y aurait conflit d'intérêt entre les salariés du public et ceux du privé. Certes, les mécanismes qui permettent de fixer les rémunérations ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Mais toute l'histoire récente montre que leur évolution est comparable, ne serait-ce que parce que le secteur public représente aujourd'hui à peu près le quart de l'emploi salarié en France.

Ils expliquent dans le détail la façon dont les traitements des fonctionnaires sont calculés et évoluent.

Ils montrent comment les politiques salariales dans la fonction publique ont conduit à la situation actuelle où le système est à ce point grippé que le traitement minimum de la fonction publique est régulièrement dépassé par le Smic.

Ils présentent enfin un ensemble de revendications légitimes et socialement responsables.

A partir de la conviction qu'il faut sortir de la situation actuelle où le partage des richesses produites se fait toujours plus au détriment des salariés, où l'emploi se dégrade en même temps que les bas salaires se répandent, ils plaident pour des politiques salariales ambitieuses dans le public comme dans le privé. 6 euros, port compris à commander à l'Institut de la FSU (mail : institut@institut.fsu.fr ou 3/5, rue de Metz ou 01 44 79 90 41).

## Quand la Santé se met au libéral...

D'une logique de service public (accès de tous à toutes les options thérapeutiques sur l'ensemble du territoire au sein de structures hospitalières publiques), la réforme de l'hôpital initiée par M. Mattei conduit à appliquer une logique libérale en matière d'accès aux soins et de fonctionnement des structures hospitalières publiques. La notion de rentabilité prévaut à présent dans le fonctionnement des services hospitaliers, c'est incontestable. La nouvelle gouvernance, dispositif permettant de gérer le budget de l'hôpital public, est l'outil au service de cette politique, associé à la tarification à l'acte ou T2A.

Désormais les hôpitaux doivent fonctionner en pôles : ici la chirurgie orthopédique, là la proctologie... Non seulement on ne peut donc plus espérer trouver tous ces pôles au sein du même hôpital mais de plus, la répartition des pôles met sur le même pied d'égalité l'hôpital public et les cliniques privées.

### Quelles en sont les conséquences ?

1/ l'éloignement des malades des structures de soins,

2/ la fermeture de services hospitaliers jugés non rentables compte tenu que la clinique privée proche peut assurer le même service [Mais pas au même coût pour le patient mal assuré ni pour la sécu et les mutuelles compte tenu que la clinique facturera les frais supplémentaires liés à l'hôtellerie et tous les dispositifs et substances habituellement prises en charge par l'hôpital : fil à suturer, Bétadine, compresses, ...]. Chaque hôpital recevant dorénavant un budget en fonction des pathologies qu'il est censé prendre en charge prioritairement et ceci quelque soit le profil des patients, plus un patient reste hospitalisé, plus il coûte à l'hôpital. Ainsi une fracture de hanche par exemple coûte plus cher lorsqu'il s'agit d'une personne âgée que d'un jeune sportif puisque l'un occupera un lit pendant 2 ou 3 jours et l'autre 15 jours. **Même à l'hôpital, le temps du soin devient donc le temps de l'argent !** Ainsi la « rentabilité » a conduit à l'élaboration de règles qui prévalent autant pour l'hôpital public que pour les cliniques privées, la base comptable étant établie non pas sur l'hospitalisation d'une personne âgée mais sur le temps d'occupation d'un lit d'une personne plus jeune. Quant aux complications éventuelles et leur coût souvent élevé, ils restent à la charge de l'hôpital sur son budget initial. Tandis que pour la clinique, si des complications arrivent, la clinique n'a pas l'obligation comme l'hôpital, de les prendre en charge. C'est ainsi que le patient de la clinique pourra être dirigé vers la réa ou la néo-nat de l'hôpital public d'à côté, services qui rapportent peu à l'hôpital.

Ces questions financières peuvent même être lourdes de conséquences sur les personnels :

- Quel choix devra faire ce praticien face à deux malades : celui de la rentabilité ou celui du serment d'Hippocrate ?

- Quelles pressions va exercer l'administration sur l'infirmière en matière de soins infirmiers notamment dans les services de long séjour, compte tenu que seul le volet technique du soin infirmier est codifié et que les volets relationnels et éducatifs, parties constitutives du

soin infirmier indispensable aux patients, sont ignorés.

Une autre pratique visant à en finir avec une certaine idée du service public d'hospitalisation est la mise en concurrence plutôt déloyale, entre le public et le privé notamment lorsque cela a lieu au sein d'une même infrastructure. Les consultations à titre privé que peuvent désormais donner les praticiens hospitaliers du public sont malheureusement souvent la règle pour obtenir une consultation rapide ! Toujours au nom de la recherche de rentabilité, les blocs opératoires des hôpitaux publics peuvent dans la même journée être utilisés par des praticiens du public et pour l'intervention suivante par des praticiens du privé ! Et, comble de tout, avec l'intervention de personnels du public !

Ne pouvant cependant pas priver les gens de soins, une solution miracle a été inventée très récemment : faire payer davantage le « patient-client » pour tout scanner, IRM, bilan hormonal, etc. pratiqué durant l'hospitalisation, compte tenu du coût élevé de ces examens. Quant au remboursement, il pourra être effectué si le patient a une couverture sociale complémentaire adéquate INDIVIDUELLE et non plus COLLECTIVE comme le permettait la sécurité sociale. Et s'il n'a pas de complémentaire ? La réponse réside dans les offres d'assurances et même de banques, réponse sans conteste du côté de l'ultralibéralisme. Cette logique libérale doit bien entendu s'appliquer également à la gestion des personnels, le personnel étant le premier poste de dépenses dans une entreprise. On peut constater ainsi que la règle appliquée par les directeurs d'hôpitaux est d'embaucher avant tout des infirmières contractuelles qui coûtent moins chères ou de faire appel à l'intérim qui fleurit dans le domaine de la santé. Cette précarité s'ajoute à la grave pénurie en infirmières dans les hôpitaux [il manque plus de 40 000 infirmières en France]. **Quelle en est la conséquence ?** Les patients sont là, il faut les soigner ! Nous assistons alors à une baisse de la qualité des soins, du fait des conditions de travail. Et ce n'est pas le glissement des tâches, source de déqualifications des soins, qui améliorera cette situation. L'avenir est donc très incertain car s'il est sûr qu'une partie de la population pourra se faire soigner en payant, il est probable qu'une autre partie restera sur la touche. L'hôpital de l'an 2000 ressemble beaucoup plus à celui du XVIIème siècle « *selon que vous soyez riches et puissants...* ». Christian Allemand



Xavier Bertrand, ministre de la Santé

# La pénurie chez les médecins et les infirmières

**M**anifestement quelque chose ne tourne pas rond du côté de l'organisation de la santé en France, du côté de l'accès aux soins, du côté de la pénurie de médecins, du numerus clausus, de la RTT à l'hôpital, du côté des vieux qui vieillissent, des démunis (la CMU ça coûte cher !)... Du moins d'après les médias et d'après les politiques.

**Mais personne n'interroge les infirmières !** Il faut dire qu'elles n'ont pas le temps de répondre : d'une part il en manque plus de 40 000 rien qu'à l'hôpital, d'autre part elles travaillent moins de 15 ans tous secteurs professionnels confondus. Elles sont pourtant plus de 452 000 à travailler en France ! Qu'en est il dans la réalité ?

## La pénurie de médecins

Entre 1968 et 2000 la population française a augmenté de 20%. Pendant ce temps, le nombre de médecins a triplé, permettant d'arriver à une densité médicale de 3,32 toutes spécialités confondues. En ce qui concerne les médecins généralistes, la densité médicale varie de 1,33 dans la région centre à 1,88 en Ile de France et 1,92 en PACA. L'accès à un médecin généraliste est réellement variable d'une région à l'autre :

Régions	Densité Médecins généralistes	Densité toutes spécialités
Alsace	1,62	3,42
Limousin	1,71	3,21
Aquitaine	1,65	3,44
Lorraine	1,46	2,92
Auvergne	1,56	2,86
Midi-Pyrénées	1,74	3,60
Bourgogne	1,46	2,74
Nord-Pas-de-Calais	1,59	2,81
Bretagne	1,51	2,99
Basse-Normandie	1,36	2,66
Centre	1,33	2,64
Haute-Normandie	1,33	2,64
Champagne-Ardenne	1,44	2,64
Pays-de-Loire	1,41	2,69
Corse	1,79	3,44
Picardie	1,38	2,48
Franche-Comté	1,52	2,85
Poitou	1,57	2,86
Ile-de-France	1,88	4,22
PACA	1,92	4,12
Languedoc-Roussillon	1,83	3,69
Rhône-Alpes	1,56	3,23

Selon le rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, il y a 86 cantons en France (représentant 1,6% de la population) qui ont de réelles difficultés d'accès aux soins de premier recours et 4,1% de la population (répartie sur 360 zones et 4500 communes) qui rencontrent de réelles difficultés d'accès à ces mêmes soins. Il s'agit essentiellement des zones rurales notamment dans les régions Centre, Bourgogne Franche-Comté, Champagne-Ardennes, Bretagne et Pays-de-Loire.

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France mais la difficulté provient d'une répartition inéquitable de ces médecins sur l'ensemble du territoire. En effet, il s'agit en grande ma-

rité de praticiens libéraux dont l'installation n'est pas conditionnée par un numerus clausus comme pour les pharmaciens par exemple. La répartition de cette offre médicale relève par conséquent plus d'une volonté politique volontariste permettant de répondre aux besoins du plus grand nombre que de celle du laisser-faire actuel.

Pour essayer de compenser ces inégalités, les gouvernements successifs ont voulu agir sur deux leviers : le recrutement des étudiants en médecine et les incitations financières.

### A/ Agir sur le recrutement

En augmentant le numerus clausus dans les régions les plus défavorisées d'un point de vue médical et en le diminuant dans les régions les mieux dotées. Il s'agit cependant d'une politique à courte vue qui ne tient pas compte des expériences passées ou présentes dans les autres professions du soin. Il suffit de prendre l'exemple des kinés, ergothérapeutes, médecins et autres qui vont se former en Belgique où les conditions d'accès sont plus faciles, et viennent ensuite exercer en France ! L'exercice de la médecine de ville étant avant tout de type libéral, lorsque les étudiants en médecine ont fini leur formation, ils s'installent dans la région de leur choix. Quelles en ont été les conséquences ? En premier lieu de moindres possibilités pour les étudiants les moins fortunés d'accéder à ce diplôme : pour contourner les modalités d'inscription à la fac, toutes les familles n'ont pas les moyens de trouver un logement dans une région défavorisée qui permettra de s'inscrire en université de médecine. L'inscription en fac de médecine étant réservée en priorité aux étudiants résidant sur la région concernée.

### B/ Agir par des incitations financières

L'intention est certes louable mais elle ne peut que nous interroger sur le fond. L'argent public doit-il contribuer au financement d'une activité libérale ? Si oui, avec quelles contreparties et dans quelles conditions sachant que le propre du milieu rural est l'existence d'une forte inégalité en matière de densité des populations entre les chefs lieux et le reste du département. Il s'avère en effet qu'en incitant les praticiens à s'installer dans ces départements, ces installations se sont le plus souvent concentrées sur les secteurs à forte densité plutôt qu'au fin fond de la cambrousse. Nos gouvernements avaient oublié que ces médecins pouvaient avoir une famille, des enfants et qu'ils préféreraient peut être à juste titre avoir accès à des écoles, des magasins, des cinémas et des théâtres !

Une aide est proposée par les régions. En région PACA par exemple, elle peut atteindre 13 000 € et se décliner de la manière suivante :

- en zone rurale, dans une ville de moins de 5000 habitants, aide de 300 € par jour de remplacement dans la limite de 10 jours soit 3 000 € ;
- en station de sports d'hiver, 2 000 € par an ;
- exonération des revenus perçus pendant les gardes dans la limite de 60 jours ;
- exercice en zone franche : 300 €/jour de remplacement dans la limite de 18 jours soit 5 400€ + 240 € par vacation pour de la prévention et de l'éducation à la santé dans la limite de 12 demi-journées soit 2 880€ par an.

## Discrétion professionnelle/ Secret Professionnel

Il est normal qu'un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions puisse accéder à des informations qui sont liées soit au service public lui-même, soit aux usagers. Cependant, la diffusion de ces informations peut porter préjudice, par la nature des éléments qu'elles contiennent, au service public ou aux usagers. En cela l'obligation de discrétion et de secret professionnel ont en commun d'être des moyens de protection.

### Discrétion professionnelle

La discrétion professionnelle est une obligation instituée dans l'intérêt du service et destinée à protéger les secrets administratifs dont la divulgation pourrait nuire à l'accomplissement normal des tâches ou à la réputation de l'administration. Elle s'impose à tous les agents de l'administration (Conseil d'Etat 19 déc 71, affaire Rousseleot).

### Secret professionnel

Contrairement à la discrétion professionnelle, le secret professionnel est destiné à protéger le secret des particuliers. Il procède du code pénal. En conséquence, l'agent public qui viole la règle du secret professionnel, s'expose autant à des poursuites pénales qu'à des sanctions disciplinaires. Sauf cas prévu par la loi, l'infirmier(e) n'est délié(e) de l'obligation de secret professionnel qu'avec l'autorisation de son bénéficiaire. Et pour l'infirmier(e) est couvert par le secret professionnel tout ce qu'elle(il) a pu comprendre, voir ou entendre d'une personne.



## Vers le droit de prescription ?

Dans la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007, en page 25 la fiche 8 « Faire évoluer les pratiques et les métiers » stipule au chapitre 1 intitulé reconnaître le pouvoir de prescription des infirmiers. « L'évolution des pratiques et des métiers doit être prise en compte par l'assurance maladie. En l'absence du droit de prescrire, les infirmiers doivent demander la prescription le plus souvent au médecin traitant du malade. La reconnaissance d'un droit de prescription adaptée à la pratique professionnelle répond à un objectif de simplification des relations entre le patient et les professions de santé, médecin et infirmier, et entre professionnels de santé eux mêmes. Elle s'inscrit dans la continuité du droit de prescription reconnu aux masseurs Kinésithérapeutes. La liste des dispositifs médicaux dont le droit de prescription, sera autorisé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la haute autorité de santé. » A suivre...

### Comparaison entre les salaires d'un infirmier et d'un professeur des écoles

#### 1/ L'infirmier diplômé d'Etat (\*)

- Débutante : 1 455 euros.
- + 5 ans d'exercice : 1 667 euros.
- + 12 ans : 1 897 euros.
- A l'indice terminal du grade d'infirmière de classe supérieure 2 395 euros soit une progression de son salaire de 940 euros.

#### 2/ Le professeur des écoles (\*)

- Débutant, pendant l'année de stage : 1 567 euros (INM 348).
- En fin de carrière, au 11<sup>e</sup> échelon : 2 949 euros (INM 657).
- S'il atteint la hors classe : 3 500 euros (INM 782).

Soit une progression de 1 382 euros ou, s'il atteint la hors-classe 1 933 euros.

(\*) (Salaire brut, hors primes)

**Infirmier(es)**  
Surmenage ? Fatigue ?,  
Stress ? Mal de dos ?  
C'est **SPINUP** qu'il vous faut !  
C'est si efficace et si simple que vous auriez tort de ne pas l'essayer !  
Testé cliniquement sérieuses références  
pour information [www.spinup.fr](http://www.spinup.fr)

# La pénurie chez les médecins et

Par ailleurs, les gouvernements, ont à 3 reprises, augmenté de 1€ le montant de la consultation. Soit, pour une clientèle moyenne estimée par les syndicats de médecins à 40 patients par jour, une augmentation de revenus cumulée de 2640€ par mois pour une activité de 22 jours par mois. D'autres augmentations ont également été décidées telles les majorations pour consultations de nourrissons, le paiement des astreintes [50€ pour 12 heures], l'octroi de 0,07€ par feuille de soins saisie de manière informatique, une aide à l'équipement informatique...

La question du financement de ces différentes augmentations et aides ne peut être passée sous silence, d'autant que l'on ne cesse de claironner sur tous les tons que le trou de la sécu est un abysse... Une solution a été trouvée : faire payer le citoyen directement et sans remboursement 1 € de plus ! Et tant pis pour les acquis sociaux difficilement gagnés à une époque il est vrai, où il y avait un peu plus de service public.

Les objectifs sont donc placés pour 2007 :

- diminuer de 1,6 % le nombre d'arrêts de travail soit une économie de 150 millions d'euros ;
  - diminuer de 10 % la consommation d'antibiotiques : 91 millions d'€ ;
  - diminuer de 10 % la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques : 33 millions d'€.
- A noter par contre qu'on ne parle plus des génériques alors que l'économie attendue par la prescription de ceux-ci était conséquente : le lobbying des laboratoires pharmaceutiques serait-il passé par là ?

### La pénurie d'infirmières

Contrairement aux médecins à qui on a imposé un *numerus clausus* pour sélectionner les étudiants en médecine compte tenu du grand nombre de postulants, les gouvernements ont décidé d'augmenter le nombre de places en Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) compte tenu de la grave pénurie d'infirmières (déficit de 40 000 dans la seule FHP). Ceci sans s'interroger en aucune manière sur les raisons de cette désaffection, ce qui les a conduits, une fois de plus, dans le mur ! Car malgré ces dispositions, il y a toujours un déficit des nouveaux entrants en IFSI allant de moins 1% en Aquitaine à moins 24,5% à la Réunion en passant par moins 21,9% en Ile de France et moins 11,5% dans le Nord.

Il devient urgent que les politiques prennent en compte notre profession et les propositions que les organisations d'infirmières sont en capacité d'élaborer pour améliorer l'offre de soins, améliorations qui passent nécessairement par une véritable revalorisation et une reconnaissance de la profession infirmière. En effet, non seulement ce déficit devient préjudiciable à la qualité des soins puisque l'outil de formation ne permet pas de mettre sur le marché des professionnels en nombre suffisant, mais cette situation alarmante est accrue par le taux des abandons en cours de formation : 20% au niveau national en 2004 dont par exemple 29% dans la région Nord Pas de Calais.

### Taux d'abandon national

- 1998	17 %
- 1999	15 %
- 2000	14 %
- 2001	16 %
- 2002	16 %
- 2003	22 %
- 2004	20 %

« Encadrée » à 10,30 %, la profession infirmière est à l'hôpital une population sous « haute surveillance » !

Spécialités	Effectifs	Effectifs de cadres	Taux d'encadrement
Directeurs de soins		608	
IADE cadres de santé		937	
IADE	7 436		12,60 %
IBODE cadres de santé		686	
IBODE	5 595		12,26 %
Puéricultrices cadres		982	
Puéricultrices	6 997		14,03 %
Infirmiers cadres de santé		21 222	2,87 %
Infirmiers Classe Normale	142 622		
Infirmiers classe Sup.	19 486		
Infirmiers psy Classe Normale	25 705		
Infirmiers psy Classe Sup	4 911		
Total infirmiers	192 724		11,01 %
Sous total	212 752		
Total	237 187		10,30 %

Entre la pression organisée par l'encadrement (cf. tableau), le travail administratif et les 23 millions de jours d'hospitalisations des usagers, sans compter les soins en ambulatoire et les urgences, les infirmières n'ont guère le temps de lever la tête du guidon ! Comment s'étonner qu'elles travaillent moins





# les infirmières (suite)

de 15 ans, qu'elles trouvent que leurs salaires ne sont pas à la hauteur de leurs responsabilités et de leurs 4760 heures d'études, qu'elles en aient marre de travailler en alternant horaires de matin, de soirée et de nuit (58,1% d'entre nous travaillons en horaires alternants et 12% travaillons de nuit). Qu'elles en aient assez de n'avoir, au mieux, qu'un week-end complet sur trois à offrir à leur famille ? Ces conditions inacceptables leur sont-elles réservées parce que les femmes représentent 88% de la profession ?

## Quelle offre de soins « hospitaliers » sur le territoire ?

Actuellement en France 1 071 hôpitaux publics et 2 717 hôpitaux et cliniques privés soit une capacité d'hospitalisation de 667000 lits et places. Cependant, par le biais des restructurations, une diminution du nombre d'établissements d'hospitalisation a lieu depuis plusieurs années pour optimiser et rationaliser les activités de soins (54 % des cas). Cela a conduit à la disparition de structures de soins de proximité dont la majorité dans le public.

Années	Public	Mixtes	Privées
2002 2003 2004	- 553	- 498	- 184

Le public paie excessivement cher le prix de ces restructurations (- 553) qui concernent prioritairement l'offre d'hospitalisation dans le secteur public rural. La notion de rentabilité prévaut sur l'accès aux soins, tout en laissant la possibilité au secteur privé de rentabiliser son infrastructure de soins et d'hôtellerie mais pas au même coût pour le contribuable car la consommation médicale de soins hospitaliers est passée de 47,6 milliards d'euros en 1995 à 64,3 milliards d'euros en 2005.

## La santé en France en quelques chiffres

### Professions de santé réglementées :

Professions	Effectifs	%
Médecins	205 864	23,6309
Psychomotriciens	5 894	0,67657
Pharmaciens	67 484	7,74643
Pédicures podologues	10 550	1,21102
Sages femmes	16 550	1,89976
Ergothérapeutes	5 370	0,61642
Kinésithérapeutes	60 364	6,92913
Audio Prothésistes	1 806	0,20731
Infirmiers	452 466	51,9382
Opticiens	1 806	0,20731
Orthophonistes	15 909	1,82618
Manipulateurs Radio	24 512	2,81371
Orthoprothésistes	2 588	0,29707
Total	871 163	

La Fonction Publique Hospitalière représente 19 % des effectifs des fonctionnaires, la Fonction Publique de l'Etat 50 % et la Fonction Publique Territoriale 31 %.

Dans la Fonction Publique Hospitalière

- 725 517 agents titulaires
- 119 929 Agents Non titulaires soit 13,14%
- 66 761 médecins dont 20% médecins étrangers
- 11 350 Contrats emplois solidarité
- 5714 Contrats emplois consolidés
- 3266 emplois jeunes
- Soit 20 330 emplois aidés (2,2%).

**Répartition des médecins selon les secteurs d'activités** (207\*276 médecins sont inscrits à l'ordre des médecins dont 39,29% de femmes).

L'exercice salarié (public /privé) chez les médecins représente seulement 38,21 %.

- 110 991 médecins exercent uniquement en libéral.

- 79 211 médecins salariés dont 52 993 médecins hospitaliers.

- 1 664 médecins exercent d'autres activités (DDASS, etc.).

- 6 148 médecins sans activité.

- 9 262 médecins remplaçants.

**Répartition des infirmières** (65,7 % ont moins de 45 ans et 88 % sont des femmes).

- Fonction publique hospitalière : 262 000 infirmières

- Système d'hospitalisation privée : 68 000 infirmières

- Infirmières exerçant en libéral : 60 720

- Education nationale : 7 000

- Collectivités territoriales : 17 000

### Densité des infirmières en libéral

La densité moyenne (nettement inférieure à la densité médicale) est de 1,02 soit 102 infirmières pour 100 000 habitants, avec des écarts allant de 65 dans les pays de Loire à 267 en corse.

### Régions

Alsace	70
Limousin	134
Aquitaine	140
Lorraine	73
Auvergne	116
Midi-Pyrénées	178
Bourgogne	75
Nord-Pas-de-Calais	72
Bretagne	134
Basse-Normandie	92
Centre	67
Haute-Normandie	72
Champagne-Ardennes	64
Pays-de-Loire	65
Corse	267
Picardie	66
Franche-Comté	67
Poitou	84
Ile-de-France	60
PACA	192
Languedoc Roussillon	209
Rhône Alpes	106

### Densité infirmières

70
134
140
73
116
178
75
72
134
92
67
72
64
65
267
66
67
84
60
192
209
106

C.A.

## Autorisation d'absence pour enfant malade

Références : circulaires fonction publique n° 1475 et B-2A/98 du 20 juillet 1982 et n° 83-164 du 13 avril 1983.

Votre enfant est malade vous avez droit, sous certaines conditions, à des autorisations d'absences pour lui prodiguer des soins. Vous garderez l'intégralité de votre traitement et de vos droits à congés. La demande est à adresser au chef de service qui peut accorder, dans la mesure compatible avec le bon fonctionnement du service ces autorisations d'absence.

La règle de calcul est différente selon que l'on soit dans la fonction publique territoriale, hospitalière ou d'Etat. La durée de base est de ne pas dépasser la durée hebdomadaire de service plus un jour soit six jours. Ce nombre de jour est accordé par famille et quel que soit le nombre d'enfants. Le décompte de ces autorisations d'absences se fait sur l'année civile quelle que soit la Fonction Publique. Ces autorisations sont accordées selon un âge limite, 16 ans, de l'enfant concerné à l'exception d'un enfant handicapé pour lequel aucune limite d'âge ne doit être retenue. Cette durée maximale annuelle, 6 jours, peut être multipliée par deux soit 12 jours sous certaines conditions :

- si l'agent assure seul la charge de l'enfant ;

- si le conjoint est en recherche d'emploi régulièrement inscrit à l'ANPE. Dans ce cas là l'administration peut demander une attestation d'inscription ;

- si le conjoint ne bénéficie d'aucune autorisation d'absence de ce type dans son entreprise (attestation de l'employeur à fournir) ;

- si les conjoints sont tous deux fonctionnaires ces douze jours peuvent être répartis entre les deux à leur convenance, mais attestation à fournir.



# Retraites

La loi Fillon portant réforme des retraites adoptée en juillet 2003 et complétée par les décrets d'application est en application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Nous savions que cette loi, que nous avons combattue de toutes nos forces, aurait pour conséquence l'appauvrissement des retraités avec des baisses de pensions qui pourront aller jusqu'au tiers, du fait des règles relatives à la durée d'assurance, à la décote et à l'allongement de la durée de cotisations, sauf à travailler jusqu'à la limite de ses forces ! Mais cela ne sera pas possible pour tous.

L'atteinte portée au minimum fonction publique entraîne à terme une baisse d'environ 17 pour cent pour les salaires les plus faibles. Les femmes sont particulièrement pénalisées : avec des carrières plus courtes, plus hétérogènes, et des temps partiels plus fréquents, elles vont subir plus durement la décote. La remise en cause des bonifications a aggravé encore la situation.

Les effets néfastes de cette réforme ont commencé à se faire sentir : mères privées des bonifications, collègues qui espéraient prendre une cessation progressive d'activité et y renoncent tant les conditions de la nouvelle formule sont peu attractives ou qui, malgré la fatigue, font une année de plus...

Et loin de « sauver le régime par répartition » comme l'avait prétendu le ministre, la loi n'assure pas son financement à terme rapproché ! Au contraire, elle le fragilise en introduisant un régime additionnel (sous couvert de prise en compte des primes). Elle favorise les logiques individuelles et le recours à des dispositifs d'épargne de retraite individuelle ou d'entreprise par capitalisation, qui accentueront les inégalités entre retraités et les soumettront aux aléas boursiers.

C'est pourquoi la FSU considère que ce dossier n'est pas clos et mène une bataille permanente sur cette question. Durant ces deux années, elle n'a eu

La FSU vient d'éditer un nouveau mémo sur les retraites « *Connaître ses droits, calculer sa retraite* » au prix de 10 euros, frais de port compris à commander à l'Institut de la FSU 3/5, rue de Metz, 75010 Paris [institut@institut.fsu.fr](mailto:institut@institut.fsu.fr)

de cesse de faire modifier les textes, à l'occasion de la publication de décrets. Elle a notamment porté sur la place publique la bataille autour des droits des femmes fonctionnaires. Audiences, interpellations des différents ministères, adresses aux parlementaires... La FSU à tous les niveaux s'est battue sur tous les points susceptibles d'améliorer les situations. Ses interventions ont porté. Le droit des mères de trois enfants est mieux préservé par les textes réglementaires issus de la réforme récente que par celle des bonifications.

En 2008, c'est la durée d'assurance requise pour une pension au taux maximum qui sera examinée, aussi bien pour les salariés du public que ceux du privé, une occasion de mettre en évidence les convergences. La question du

traitement de référence, dont nous avions arraché le maintien à six mois, alors que le gouvernement voulait le porter à trois ans, fera l'objet d'un rapport devant le Parlement.

La question des avantages familiaux et conjugaux fait l'objet d'une réflexion du Conseil d'orientation des retraites, lequel planche également sur la question de l'emploi des seniors. On le voit, le dossier des retraites est toujours sur le devant de la scène, et ce, d'autant plus que ce même conseil soulignait que

« *La réforme repose sur un pari sur l'emploi qui est loin d'être gagné* ». Compte-tenu de la politique gouvernementale en ce domaine, on peut parier que la question du financement des retraites va revenir très vite, rejoignant celui de l'assurance-maladie et de la protection sociale dans son ensemble. La FSU sera au premier rang pour porter ses revendications et conquérir de nouveaux droits, dans un projet global solidarissant le public et le privé, tout en menant la bataille spécifique de défense du Code des pensions.

Viviane Defrance

## Décote... Nouveaux calculs... Quelques conseils...

### Futurs retraités, votre dossier !

Avant de déposer votre demande de départ à la retraite, vérifiez bien le décompte de vos trimestres validés, des bonifications auxquelles vous avez droit et le taux qui vous est attribué. Vous avez un an pour contester, mais mieux vaut le faire avant. Vous pouvez demander à l'administration votre relevé de carrière.

### Calcul du montant de la pension : décompte et valeur des annuités (art. L.13.)

La durée des services et bonifications admissibles en liquidation s'exprime en trimestres, le nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum évolue chaque année pour passer à 160 en 2008 : (+ un semestre par an de 2004 à 2008 = 40 annuités, puis un trimestre par an pour atteindre 41 annuités = 164 trimestres en 2012), sauf si un décret contraire vient ajuster ce calendrier.

\*\*\* Règle de l'arrondi (art. R.26.) : la fraction de trimestre égale ou supérieure à 45 jours est comptée pour un trimestre, la fraction de trimestre inférieure à 45 jours est négligée.

\*\*\* Le pourcentage maximum est fixé à 75% du traitement brut perçu depuis 6 mois au moins, et ne peut dépasser 80% du traitement en prenant en compte les bonifications.

Tableau 1

Ouverture des droits	Durée des cotisations	Nombre d'annuités	Valeur de l'annuité	Taux de décote par année manquante
2006	156 trimestres	39	1,923	0,5 %
2007	158 trimestres	39,5	1,899	1 %
2008	160 trimestres	40	1,875	1,5 %
2009	161 trimestres	40,25	1,863	2 %
2010	162 trimestres	40,5	1,852	2,5 %
2011	163 trimestres	40,75	1,840	3 %
2012	164 trimestres	41	1,829	3,5 %

La durée d'assurance est une notion nouvelle qui recouvre la durée des services comme fonctionnaire et les périodes donnant lieu à cotisations dans un autre régime de retraite ; la décote est calculée par rapport à la durée d'assurance.



### La décote ou coefficient de minoration (art. L.14.) : nouvelle sanction !

Si au moment de prendre votre retraite, vous ne totalisez pas le nombre de trimestres nécessaire pour obtenir le pourcentage maximal de la retraite, le montant de votre pension sera réduit par une décote dont le taux est progressif (voir tableau) et limité à 20 trimestres. Cette décote s'annule à partir de l'âge limite de la prise de la retraite qui passera progressivement à 65 ans (en 2020).

Marie-Françoise Mahéo

Tableau 2

Année de liquidation de la pension	Taux appliqué par trimestre manquant / par année manquante	Age auquel la décote s'annule par rapport à la limite d'âge
2006	0,125 % - 0,5 %	Limite d'âge 16 trimestres = 61 ans
2007	0,25 % - 1 %	Limite d'âge 14 trimestres = 61,5 ans
2008	0,375 % - 1,5 %	Limite d'âge 12 trimestres = 62 ans
2009	0,5 % - 2 %	Limite d'âge 11 trimestres = 62,25 ans
2010	0,625 % - 2,5 %	Limite d'âge 10 trimestres = 62,5 ans
2011	0,75 % - 3 %	Limite d'âge 9 trimestres = 62,75 ans
2012	0,875 % - 3,5 %	Limite d'âge 8 trimestres = 63 ans
2013	1 % - 4 %	Limite d'âge 7 trimestres = 63,25 ans
2014	1,125 % - 4,5 %	Limite d'âge 6 trimestres = 63,5 ans
2015	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 5 trimestres = 63,75 ans
2016	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 4 trimestres = 64 ans
2017	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 3 trimestres = 64,25 ans
2018	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 2 trimestres = 64,50 ans
2019	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 1 trimestre = 64,75 ans
2020	1,25 % - 5 %	Limite d'âge 0 trimestre = 65 ans

**Bulletin d'adhésion ou de renouvellement FPH-FPT**

Département :		Hospitalière/territoriale (*)	
Mme Mlle M. (*) Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Date de naissance :	
Adresse personnelle :		Code postal :	
Ville :	Téléphone :	Mail :	
Adresse administrative :		Service :	
Code postal :	Ville :	Téléphone :	Mail :
Grade :	Echelon :	Date de la dernière promotion :	Date du D.E. :
Date entrée Fonction Publique :		Date entrée FPHospitalière ou FPTerritoriale (*) :	
Situation : titulaire - stagiaire - contractuel(le) - intérimaire (*)			
Quotité de temps partiel : .....		Disponibilité - CPA - retraite (*)	

Je règle ma cotisation de : ..... euros par chèque à l'ordre du S.N.I.C.S. ou par paiement fractionné (\*).  
Le paiement fractionné se fera en 4 ou 6 fois. Dans ce cas, remplir le formulaire de prélèvement ci-dessous.

*Adressez le bulletin d'adhésion à votre responsable local(e) ou au siège national (46, avenue d'Ivry - 75013 PARIS).*

J'accepte de fournir au S.N.I.C.S. les informations nécessaires à l'examen de ma carrière et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révoquée par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au S.N.I.C.S., 46 avenue d'Ivry, 75647 Paris cedex 13 ou à ma section locale.  
(\* ) Rayer les mentions inutiles

Date : \_\_\_\_\_ Signature

## BARÈME DES COTISATIONS

Echelon	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>
<b>Infirmier(e) Classe Normale</b>								
Cotisation	80,10 €	84,30 €	89,30 €	95,50 €	101,50 €	108,30 €	116,20 €	125,30 €
<b>Infirmier(e) Classe Supérieure</b>								
Cotisation	107,00 €	115,10 €	121,40 €	127,60 €	134,20 €			
<b>IBODE et PUER Classe Normale</b>								
Cotisation	88,70 €	95,50 €	100,50 €	107,00 €	111,70 €	118,80 €	126,30 €	133,40 €
<b>IBODE et PUER Classe Supérieure</b>								
Cotisation	109,40 €	118,50 €	123,50 €	129,70 €	134,90 €	140,40 €	148,50 €	
<b>IADE Classe Normale</b>								
Cotisation	95,50 €	102,60 €	107,50 €	114,00 €	120,00 €	126,80 €	134,40 €	141,70 €
<b>IADE Classe Supérieure</b>								
Cotisation	118,20 €	125,50 €	130,50 €	136,50 €	141,70 €	147,50 €	157,40 €	
<b>Cadre de Santé</b>								
Cotisation	98,90 €	108,30 €	116,10 €	123,20 €	129,50 €	137,00 €	144,30 €	159,20 €

Auxiliaire, contractuel(le), Vacataire : 56 euros / Retraité(e) : 50 euros / disponibilité : 29 euros / temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué : Exemples : mi-temps = fi cotisation de l'échelon / C.P.A. = 85 % de la cotisation de l'échelon.

### PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE

- \* Remplissez ce formulaire en indiquant le montant total de votre cotisation syndicale en Euros (cf. tableau ci-dessus)
- \* Choisissez le nombre de prélèvements pour lequel vous optez (4 ou 6)
- \* Signez cette autorisation de prélèvements et retournez la très rapidement accompagnée d'un RIB ou d'un RIP au SNICS.

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Montant total de la cotisation : ..... euros - Nombre de prélèvements choisi : 4 - 6 (rayer la mention inutile)

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT :** J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

**Nom et adresse du créancier :** SNICS - 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris cedex 13 - **Numéro National d'identité du créancier :** 406165

**Nom du titulaire du compte à débiter :** .....

**Compte à débiter :** code établissement : ..... Code guichet : ..... Numéro de compte : .....

Clé RIB ou RIP : ..... Nom de l'établissement : ..... SIGNATURE :

fig. 29 - **VOUS ÊTES INFIRMIÈRE. POUR LE REMBOURSEMENT DE VOS PROPRES SOINS ET DE CEUX DE VOS PROCHES, LA MACSF A TOUT PRÉVU... PLUTÔT 3 FOIS QU'UNE.**

**Votre Complémentaire Santé  
à partir de 20 €/mois\***



\* Tarif 2005 pour un contrat MACSF Santé Responsable générique souscrit par un(e) célibataire professionnel(le) de Santé de 28 ans.

Avec les 3 formules Complémentaire Santé Responsable, MACSF assurances vous permet de bénéficier des meilleures garanties en matière de complémentaire santé. Ces contrats incluent également de nombreux services innovants... et toujours au prix le plus juste, esprit mutualiste oblige ! Pour connaître le coût exact d'une parfaite protection Santé pour vous et vos proches, contactez-nous au :

[www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)

**0 810 40 80 20**  
Plus d'appels gratuits

**Ceux qui se consacrent  
à la santé des autres ont besoin  
que l'on se consacre à eux.**

  
**MACSF  
groupe**